

работы - улучшить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, ассоциированных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Материалы и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 99 пациентов с грыжей ПОД, ассоциированной с развитием ГЭРБ, которым за период с 2009 по 2014 год были выполнены варианты лапароскопической фундопликации и крурорафии. Распределение пациентов в зависимости от степени грыжи ПОД (I-IV степень) проводилось согласно классификации Б.В. Петровского, 1966. Женщин было 65 (65,6 %), мужчин – 34 (34,4 %). Возраст больных варьировал от 24 до 80 лет. Лапароскопическая фундопликация по методике Short Floppy Nissen была выполнена у — 43 (43,4 %) больных, по Toupet — у 30 (30,3 %), по Nissen-Rosetti — у 17 (17,2 %) пациентов, по Dor — у 5 больных (5,1 %). У 3 (3,0 %) больных с грыжей ПОД на фоне ожирения 3 степени с метаболическим синдромом выполнена крурорафия в сочетании с рукавной резекцией желудка без выполнения фундопликации. У 1 (1,0 %) пациента с гигантской субтотальной желудочной грыжей выполнена конверсия, фундопликация по Dog, передняя крурорафия. У 16 пациентов (16,2 %) с хроническим калькулезным холециститом одновременно вторым этапом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. До операции и в послеоперационном периоде выполняли эндоскопию пищевода с хромокопией и прицельной биопсией, рентгеноскопию пищевода и желудка с барием с видеозахватом и пошаговым анализом, экспресс pH – метрию желудка и суточный pH-мониторинг пищевода, КТ ОГК по показаниям. Результаты и их обсуждение. Проанализированы ранние и отдаленные результаты лечения. 17 (17,2 %) пациентов наблюдаются в течение 1 года после операции, 10 (10,1 %) пациентов находятся под наблюдением от 1 до 2 лет, 18 (18,2 %) – от 2 до 3 лет, 15 (15,2 %) – от 3 до 4 лет, 12 (12,1 %) пациентов – от 4 до 5 лет, 27 (27,2 %) больных – от 5 до 6 лет. У всех пациентов в раннем (до 1 месяца) и позднем (1-6 месяцев) послеоперационном периоде отмечено исчезновение симптомов ГЭРБ. У 2 (2,1 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась острая дисфагия, у 1 (1,0 %) пациента острая послеоперационная дисфагия сохранялась при употреблении плотной сухой пищи более 3 месяцев. У этих больных была выполнена релапароскопия с переводом тотальной фундопликации в парциальную (по методу Toupet). У 1 (1,0 %) больной стойкая дисфагия на прием плотной сухой пищи сохраняется более 3 лет после фундопликации по Ниссену (Short Floppy Nissen) по поводу грыжи ПОД 3 степени. Однако пациентка строго соблюдает полужидкую диету и отказывается от предложенной реоперации. У 2 (2,1 %) пациентов с ожирением 3 степени после фундопликации по Dog (грыжа ПОД 1 степени) и фундопликации по Toupet (гигантская грыжа ПОД 4 степени) в течение первого года после операции отмечен рецидив грыжи, который проявился возобновлением изжоги и подтвержден рентгенологически. Больные отказываются от хирургической операции и принимают ингибиторы протонной помпы с положительным эффектом. У 2 (2,1 %) больных возобновление изжоги носит функциональный характер без рецидива грыжи. Интермиттирующая терапия ингибиторами протонной помпы достаточно эффективна и не носит продолжительный характер. Таким образом, в отдаленном послеоперационном периоде (более 6 месяцев наблюдения) отличные и хорошие результаты (отсутствие анатомических рецидивов, симптомов ГЭРБ, дисфагии и повторных хирургических вмешательств) получены у большинства больных – 94 (95,0 %), что позволяет сформулировать следующие выводы. Выводы. 1. Грыжа ПОД, независимо от степени, ассоциированная с ГЭРБ, является показанием к хирургическому лечению. 2. Операцией выбора при хирургическом лечении грыжи ПОД являются варианты лапароскопической фундопликации в сочетании с крурорафией. 3. Хирургическое лечение грыж ПОД, ассоциированных с развитием ГЭРБ, является патогенетически обоснованным, безопасным и эффективным ввиду отличных и хороших послеоперационных результатов.

## **ВИКОРИСТАННЯ SILS-МЕТОДИКИ ТА ГЕНЕРАТОРА АВТОМАТИЧНОГО БІОЛОГІЧНОГО ЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ М'ЯКИХ ТКАНИН У СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Ганжий І.Ю., Калмиков О.Ю.

Науковий керівник: проф. Ганжий В.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими

Мета дослідження: вивчення ефективності інтраопераційного застосування генератора автоматичного біологічного зварювання м'яких тканин під час виконання оперативних втручань з приводу симультанної хірургічної та гінекологічної патології. Матеріали та методи дослідження: 172 хворих, які лікувалися у період з 2007р. по 2013р. у хірургічних відділеннях КП «МКЛЕтаШМД», та у гінекологічному відділенні МСЧ «Мотор Січ». Контрольна група – 97 (56,39%) хворих склали жінки з ЖКХ та СПКЯ, яким була виконана відеоендоскопічна холецистектомія та енуклеація кист яєчника з застосуванням монополярної та біполярної електрокоагуляції. Основна група- 75 (43,61%) пацієнтів, яким відеоендоскопічні операції виконували з використанням генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. З них 30 (40,00%) пацієнткам виконана відеоендоскопічна холецистектомія з відеоендоскопічною енуклеацією кист яєчника, 8 (10,67%) жінок - відеоендоскопічна холецистектомія, відеоендоскопічна фундопликація по Toupet та відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника, 6 (8,00%) пацієнткам – відеоендоскопічне ТАРР грижосічення та відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника, 3 (4,00%) жінкам - відеоендоскопічна фундопликація по Toupet та відеоендоскопічна

енуклеація кист яєчника, 1 жінці (1,33%)- відеоендоскопічна холецистектомія та відеоендоскопічна консервативна міомектомія при міомі матки з видаленням 4 вузлів. У чоловіків, 10 (13,33%) хворим виконана відеоендоскопічна холецистектомія з відеоендоскопічним ТАРР грижосіченням, 14 (18,67%) пацієнтам - відеоендоскопічна холецистектомія, відеоендоскопічна фундопликація по Touret, 3 (4,00%) молодим чоловікам - відеоендоскопічна операція при варикоцеле та відеоендоскопічне ТАРР грижосічення. 28 (37,33%) хворим симультанні оперативні відеоендоскопічні операції виконані із застосуванням SILS методики та генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин (19 (67,86%) пацієнтам - відеоендоскопічна холецистектомія та відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника, 5 (17,86%) чоловікам - відеоендоскопічна холецистектомія та відеоендоскопічне ТАРР грижосічення, 4 (14,28%) жінкам - відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника та сальпінготомія з видаленням плідного яйця при позаматковій вагітності). Результати: Висцеролізис виконаний у 61 (35,47%) хворого. При діафрагмальних грижах стравохідного отвору діафрагми використовувався генератор автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. При проведенні операції у 5 хворих манжеткою шлунка огортали стравохід на 270 градусів, у решти пацієнтів використовувалася парціальна фундопликація по Touret (огортання задньою стінкою на 210 градусів). У 1 хворої симультанно видалені жовчний міхур та міоматозні вузли. Під час оперативного втручання з приводу доброякісних кист на фоні СПКЯ робилась їх енуклеація. Видалення строми яєчника робилось з допомогою генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. Ускладнень при симультанних оперативних втручаннях у ранньому та пізньому післяопераційному періоді не було, всі пацієнти живі. Висновки: перевагою поєднаних операцій є одночасне усунення двох або більше хірургічних захворювань, усунення ризику повторної анестезії та її ускладнень, відсутність необхідності у повторному обстеженні та передопераційній підготовці. Доведена перевага використання апарату автоматичного біологічного зварювання тканин над електрокоагуляцією.

### **КАРДІАЛЬНІ ПРОЯВИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ**

Ганьшин М.Ю., Хомич М.С.

Науковий керівник: ас. Чередникова Т.Ю.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Актуальність: серед аномалій тканьової структури колагена, а, разом з тим, порушень його функціональної повноцінності, окреме місце займають недиференційовані сполучнотканинні дисплазії (НСТД). Ураження серцево-судинної системи при НСТД посідають одне з перших місць в структурі загальної патології сполучної тканини. Вагому наукову та практичну значущість має з'ясування клініко-інструментальних параметрів різних варіантів прояву НСТД з акцентом на особливостях адаптації в неонатальному періоді. Метою нашого дослідження було вивчення структурно-функціональних особливостей серця у дітей з зовнішніми проявами НСТД. Матеріали й методи: на базі 16-ї дитячої клінічної лікарні м.Харкова було проаналізовано 57 історій хвороби практично здорових дітей в вікових періодах від новонародженості до 15 років, які мали зовнішні маркери НСТД різних ступенів вираженості. Результати: відповідно до ступеню зовнішніх проявів дисплазії сполучної тканини, у 39 дітей були виявлені мало виражені, а у 18 дітей – більш значно виражені ознаки НСТД. Методом вибору діагностики малих аномалій серця було ехокардіографічне дослідження, в ході якого майже у 73% дітей різних вікових груп з зовнішніми проявами НСТД верифікувались переважно: ізольований пролапсмітрального клапану(57%), додаткові аномально розташовані хорди лівого шлуночка(25%), а також їх поєднання(18%). Висновки: в ході нашого дослідження було виявлено, що кардіальні прояви у дітей з НСТД характеризуються двома основними типами ознак: порожнистими змінами, а також патологією клапанно-хорального апарату. Хоча ускладнення при кардіальних проявах НСТД відзначаються відносно рідко, але їх тяжкість (інфекційний ендокардит, тромбоемболії, раптова серцева смерть) змушує відноситися до цієї патології з надзвичайною (належною) увагою.

### **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ФЛЕГМОН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Ганьшин М.Ю., Хомич М.С.

Науковий керівник: ас. Колесник В.П.

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Актуальність: Флегмони кінцівок за даними ряду авторів зустрічаються в 20,3% випадків усіх нагноювальних процесів м'яких тканин. У післяопераційному періоді у таких хворих досить часто виникають м'язові контрактури та значні порушення функції кінцівок. Мета: Ретроспективний аналіз результатів комплексного лікування флегмон нижніх кінцівок. Матеріали й методи: Аналіз клінічних спостережень базувався на вивченні результатів комплексного лікування 47 хворих (30 чоловіків та 17 жінок) з 09.14 по 03.15, які знаходилися у гнійно-септичному відділенні КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД і МК» м. Харкова. Результати і обговорення: У 15 хворих при початкових стадіях флегмони за наявності тільки ерозивного просочування клітковини було проведено консервативне лікування, яке включало ліжковий режим, спокій для ураженої кінцівки, антибіотики, дезінтоксикаційну та загальнозміцнюючу терапію,